

Актуальні питання якості життя у жінок після гістеректомії

С. Ю. Вдовиченко¹, О. В. Забудський²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²КНП «Пологовий будинок № 2», м. Київ

Мета дослідження: оцінити особливості якості життя у жінок після гістеректомії. **Матеріали та методи.** Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 200 пацієнток, що перенесли хірургічне лікування міоми матки, з яких 100 жінок було обстежено проспективно (група А) і 100 – ретроспективно (група Б). Залежно від обсягу оперативного втручання, пацієнтки були розподілені на дві групи: до I групи (основна група) увійшли 100 пацієнток після міомектомії, до II групи (група порівняння) – 100 пацієнток, які перенесли надпівхову ампутацію матки. У групі проспективного спостереження виділяли дві підгрупи: IA підгрупу склали 50 хворих, що перенесли міомектомію, IIA підгрупу – 50 жінок після гістеректомії. У групі ретроспективного спостереження до IB підгрупи увійшли 50 пацієнток після міомектомії, до IIB підгрупи – 50 пацієнток після гістеректомії.

У групі проспективного спостереження проводили дослідження до операції, в ранній післяопераційний період і через 3, 6 і 12 міс після операції. У групі ретроспективного спостереження проводили дослідження через 2–10 років після оперативного лікування.

Оцінку якості життя проводили з використанням опитувальника Nottingham Health Profile (NHP), модифікованого для гінекологічних хворих.

Результати. У всі терміни ретроспективного спостереження якість життя за рахунок емоційних реакцій була достовірною нижче у жінок, що перенесли гістеректомію порівняно з пацієнтками після міомектомії. При ретроспективному спостереженні, через 2–4, 5 і більше років після операції у пацієнток, що перенесли міомектомію, спостерігалася стабільно висока якість життя за шкалою соціальної ізоляції, що підтверджувалося достовірним зниженням набраних балів порівняно з передопераційним рівнем. Водночас після гістеректомії спостерігалася достовірне погіршення якості життя за шкалою соціальної ізоляції через 2–4 роки після операції і через 5 і більше років. У віддалені терміни після операції якість життя за шкалою соціальної ізоляції була достовірною нижче у жінок після гістеректомії, ніж у тих, які перенесли органозберігаючу операцію.

При вивченні якості життя за шкалою фізичної активності було виявлено достовірне поліпшення, починаючи з 6-го місяця після міомектомії і з 3-го місяця після гістеректомії. Сума балів за даною шкалою була стабільно низькою протягом проспективного і ретроспективного спостереження після обох видів оперативного лікування і не мала достовірних міжгрупових відмінностей.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що показники якості життя мають суттєве значення при оцінюванні психологічного статусу жінок до хірургічного лікування, а також у різні терміни післяопераційного періоду. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: гістеректомія, функціональний стан яєчників, діагностика, якість життя.

Вибір обсягу оперативного лікування міоми матки дотепер є актуальною проблемою в гінекології. На сучасному етапі розвитку медицини необхідно враховувати не лише нормалізацію об'єктивних клініко-лабораторних показників і радикалізм відносно захворювання, але і стан яєчників [1–3].

Результати дослідження демонструють, що радикальні операції не лише позбавляють жінку можливості мати дітей, але і ведуть до ще більших змін показників якості життя (ЯЖ) на фоні вже наявних в організмі патологічних процесів, що веде до виражених змін гормонального метаболізму та психологічного статусу [4–6]. Водночас після проведення органозберігаючої операції існує вірогідність рецидиву міоми, розвитку спайкового процесу в малому тазу [7–9].

Відомо, що радикальний обсяг оперативного втручання при доброякісних гінекологічних захворюваннях супроводжується порушеннями ЯЖ та психологічного статусу [9–12]. Подальшого вивчення вимагають механізми психологічних порушень, а також особливості ЯЖ.

Мета дослідження: оцінювання особливості ЯЖ у жінок після гістеректомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 200 пацієнток, що перенесли хірургічне лікування міоми матки, з яких 100 жінок було обстежено проспективно (група А) і 100 – ретроспективно (група Б).

Залежно від обсягу оперативного втручання пацієнтки були розділені на дві групи:

- I група (основна група) – 100 пацієнток після міомектомії,
- II група (група порівняння) – 100 пацієнток, що перенесли надпівову ампутацію матки.

У групі проспективного спостереження виділяли дві підгрупи: до IA підгрупи включені 50 хворих, що перенесли міомектомію, до IIA підгрупи – 50 жінок після гістеректомії. У групі ретроспективного спостереження до IB підгрупи увійшли 50 пацієнток після міомектомії, до IIB підгрупи – 50 пацієнток після гістеректомії. У групі проспективного спостереження проводили дослідження до операції, в ранній післяопераційний період і через 3, 6 і 12 міс після операції. У групі ретроспективного спостереження проводили дослідження через 2–10 років після оперативного лікування.

У всіх пацієнток ретельно збирали анамнез. У спеціально розроблену нами карту обстеження заносилися всі необхідні відомості, що стосуються спадковості, перенесених і супутніх соматичних та гінекологічних захворювань, оперативних втручань, конституціональних особливостей, які могли б характеризувати преморбідний фон.

Оцінку ЯЖ проводили з використанням опитувальника Nottingham Health Profile (NHP), модифікованого для гінекологічних хворих [12].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході порівняльного аналізу було встановлено, що ЯЖ до операції була знижена по всіх шкалах в обох підгрупах проспективного спостереження.

Достовірно більше ЯЖ була знижена (а сума балів була, відповідно, вище) в ІА підгрупі за рахунок енергійності, болю і соціальної ізоляції. Так, сума балів за шкалою енергійності в ІА підгрупі становила $18,6 \pm 1,2$, у ІІА підгрупі – $10,0 \pm 0,8$ ($p = 0,002$). За шкалою болю зниження ЯЖ до операції становило у ІА підгрупі $10,7 \pm 1,1$, у ІІА підгрупі – $4,5 \pm 0,5$ бала ($p = 0,008$). Сума балів по соціальній ізоляції до хірургічного лікування становила в ІА підгрупі $11,5 \pm 1,4$ бала, у ІІА підгрупі – $5,1 \pm 0,6$ бала ($p = 0,007$).

Не було виявлено достовірних міжгрупових відмінностей по шкалах емоційних реакцій, сну і фізичної активності. Необхідно відзначити, що спостерігалася тенденція до більшого зниження ЯЖ у жінок до міомектомії за шкалою емоційних реакцій ($p = 0,062$).

Через 3 міс після операції відбувалося достовірне поліпшення ЯЖ жінок ІА підгрупи за шкалою енергійності ($p=0,009$). У ІІА підгрупі відбувалося недостовірне зниження даного показника порівняно з доопераційним рівнем ($p = 0,083$). Не дивлячись на більш виражене поліпшення ЯЖ за шкалою енергійності в ІА підгрупі, сума балів по даному показнику через 3 міс після операції як і раніше була вища, ніж у ІІА підгрупі, проте виявлені відмінності були недостовірними.

Через 6 і 12 міс після операції ЯЖ за шкалою енергійності продовжувала достовірно покращуватися в обох підгрупах порівняно з доопераційними значеннями. Через 6 міс після міомектомії ЯЖ жінок за шкалою енергійності була достовірна нижче, ніж після гістеректомії ($p = 0,001$), а через 12 міс достовірних міжгрупових відмінностей виявлено не було ($p = 0,467$).

При ретроспективному спостереженні через 2–4 роки після операції в ІБ підгрупі ЯЖ по цьому показнику була достовірна вище (сума балів нижча), ніж до операції ($p < 0,001$), тоді як у ІІБ підгрупі сталося погіршення, близьке до передопераційних показників ($p = 0,198$).

Через 5 і більше років після операції ЯЖ за шкалою енергійності залишалася стабільно високою в ІБ підгрупі ($p < 0,001$) і продовжувало знижуватися у ІІБ підгрупі до передопераційних значень ($p = 0,812$). При міжгруповому порівнянні через 2–4 роки і 5 і більше років після операції достовірно вищу ЯЖ за шкалою енергійності було встановлено у жінок, що перенесли міомектомію.

За показниками шкали «біль» спостерігалось недостовірне погіршення ЯЖ через 3 міс після обох видів оперативного лікування. Через 6 і 12 місяців після хірургічного лікування відзначено достовірне поліпшення ЯЖ по цьому показнику. Так, через 6 міс після міомектомії сума балів за шкалою «біль» була достовірно менше передопераційних показників (ЯЖ вища) ($p = 0,017$), а через 12 міс – $p = 0,010$.

Після гістеректомії цей показник також знижувався при проспективному спостереженні, демонструючи поліпшення ЯЖ, і становив через 6 міс $p=0,087$, через 12 міс – $p=0,041$. При міжгруповому порівняльному аналізі були виявлені достовірно вищі показники за шкалою «біль» через 3 міс після міомектомії, ніж після гістеректомії ($p=0,009$).

При порівняльному аналізі ЯЖ за шкалою «біль» у підгрупах ретроспективного спостереження через 2–4 і 5 і більше років після операції було встановлено достовірне зниження суми балів в обох підгрупах порівняно з передопераційни-

ми показниками. Між собою ретроспективні підгрупи достовірно не розрізнялися. Так, через 2–4 роки після операції сума балів за шкалою «біль» становила $1,1 \pm 0,1$ бала у ІБ підгрупі і $1,9 \pm 0,05$ бала у ІІБ підгрупі, а через 5 і більше років – $1,8 \pm 0,2$ і $1,6 \pm 0,05$ відповідно.

За шкалою емоційних реакцій через 3 міс після оперативного лікування було встановлено достовірне поліпшення ЯЖ у ІА підгрупі ($p = 0,001$) і достовірне погіршення у ІІА підгрупі ($p = 0,002$) порівняно з передопераційним результатом. Відповідно були виявлені також достовірні міжгрупові відмінності за шкалою «емоційні реакції» через 3 міс після хірургічного лікування ($p = 0,002$).

Через 6 і 12 міс після міомектомії ЯЖ за шкалою емоційних реакцій продовжувала покращуватися. Сума балів за даною шкалою становила відповідно $3,1 \pm 0,09$ і $1,8 \pm 0,1$, що було достовірне менше передопераційного ($p < 0,001$).

Через 6 міс після гістеректомії ЯЖ за рахунок емоційних реакцій покращилася до передопераційних значень ($p = 0,649$), проте сума балів за цим показником у ІІА підгрупі була достовірно вище, ніж після міомектомії ($p = 0,031$).

Через 12 міс після гістеректомії ЯЖ за шкалою емоційних реакцій достовірно збільшилась порівняно з передопераційним статусом ($p = 0,009$), достовірних міжгрупових відмінностей виявлено не було ($p = 0,298$).

При ретроспективному спостереженні через 2–4 роки і 5 і більше років після міомектомії ЯЖ за шкалою емоційних реакцій продовжувала залишатися стабільно високою, що підтверджується достовірно меншою сумою балів порівняно з доопераційними значеннями ($p < 0,001$).

У групі ретроспективного спостереження після гістеректомії встановлено достовірне погіршення ЯЖ за рахунок емоційних реакцій порівняно з доопераційним рівнем. Так, через 2–4 роки після гістеректомії сума балів за цим показником становила $18,2 \pm 1,2$, а через 5 і більше років – $17,0 \pm 1,2$ ($p < 0,001$).

У всі терміни ретроспективного спостереження ЯЖ за рахунок емоційних реакцій була достовірна нижче у жінок, що перенесли гістеректомію порівняно з пацієнтками після міомектомії ($p < 0,001$).

ЯЖ за шкалою сну покращувалася порівняно з доопераційним рівнем протягом всього проспективного спостереження в обох підгрупах, що підтверджувалося достовірним зниженням суми балів протягом року після операції. Так, через 3 міс після міомектомії сума балів за шкалою сну становила $p = 0,050$, а після гістеректомії – $p = 0,039$, через 6 міс – $p = 0,031$ і $p = 0,019$ відповідно, через 12 міс – $p = 0,018$ і $p = 0,009$ відповідно.

При ретроспективному спостереженні через 2–4 роки і 5 і більше років після операції виявлено достовірне поліпшення ЯЖ по показнику сну у жінок після обох операцій. Так, через 2–4 роки цей показник становив у ІБ підгрупі $3,9 \pm 0,4$ бала, у ІІБ підгрупі – $1,2 \pm 0,2$ бала, через 5 і більше років – $3,0 \pm 0,3$ і $2,9 \pm 0,3$ бала ($p < 0,001$). При міжгруповому порівнянні цього показника в різні терміни після хірургічного лікування достовірних відмінностей виявлено не було.

При дослідженні ЯЖ за шкалою соціальної ізоляції через 3 міс після операції було виявлено недостовірне поліпшення у жінок після міомектомії, що виражалося у зниженні суми балів ($p = 0,209$). Навпаки, після гістеректомії відзначено достовірне збільшення суми балів по даному показнику ($p < 0,001$).

Через 6 міс після міомектомії зафіксовано достовірне поліпшення ЯЖ по даному показнику ($p < 0,001$). Через 6 міс після гістеректомії сума балів по соціальній ізоляції значно знизилася, що відображає поліпшення ЯЖ, проте все

ще була достовірно більше, ніж до операції ($p = 0,005$). Міжгрупове порівняння виявило достовірно вищу ЯЖ за шкалою соціальної ізоляції у пацієнток після міомектомії.

Через 12 міс після оперативного лікування в обох підгрупах проспективного спостереження було відзначено достовірне поліпшення ЯЖ за шкалою соціальної ізоляції. Так, у IA підгрупі сума балів по даному показнику становила $1,8 \pm 0,2$ ($p < 0,001$), у IIA підгрупі – $1,9 \pm 0,2$ ($p = 0,002$). Достовірних міжгрупових відмінностей на даному етапі виявлено не було ($p = 0,308$).

При ретроспективному спостереженні, через 2–4 і 5 і більше років після операції у пацієнток, що перенесли міомектомію, спостерігалася стабільно висока ЯЖ за шкалою соціальної ізоляції, що підтверджувалося достовірним зниженням набраних балів порівняно з передопераційним рівнем ($p < 0,001$). Водночас після гістеректомії спостерігалася достовірне ($p < 0,001$) погіршення ЯЖ за шкалою соціальної ізоляції через 2–4 роки після операції ($15,1 \pm 1,5$ бала) і через 5 і більше років ($18,9 \pm 2,0$ бала). У віддалені терміни після операції ЯЖ за шкалою соціальної ізоляції була достовірна нижче у жінок після гістеректомії, ніж у тих, які перенесли органозберігаючу операцію ($p < 0,001$).

При вивченні ЯЖ за шкалою фізичної активності було виявлено достовірне поліпшення починаючи з 6-го місяця після міомектомії і з 3-го місяця після гістеректомії. Сума балів за даною шкалою була стабільно низькою протягом проспективного і ретроспективного спостереження після обох видів оперативного лікування і не мала достовірних міжгрупових відмінностей.

Так, через 3, 6 і 12 міс після міомектомії сума балів за даною шкалою становила $3,6 \pm 0,4$, $0,9 \pm 0,1$ і $1,0 \pm 0,09$ бала, а після гістеректомії – $2,9 \pm 0,3$, $1,0 \pm 0,1$ і $0,9 \pm 0,06$ бала відповідно. Через 2–4 роки цей показник у IB підгрупі становив $0,6 \pm 0,09$, у IIB підгрупі – $0,9 \pm 0,06$ бала, а через 5 і більше років після операції – $2,0 \pm 0,3$ і $3,1 \pm 0,07$ бала відповідно.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що показники якості життя мають суттєве значення під час оцінювання психологічного статусу жінок до хірургічного лікування, а також у різні терміни післяопераційного періоду. Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Women have pressing questions of quality of life after hysterectomy

S. Yu. Vdovichenko, O. V. Zabudskyi

The objective: to estimate the features of quality of life for women after hysterectomy.

Materials and methods. The complex is conducted clinical-and-laboratory inspection 200 patients, which carried surgical treatment uterine fibroids from which 100 women were inspected prospectively (group A) and 100 – retrospectively (group B). Depending on the volume of operative interference, patient parted on two groups: the I group (basic group) was made by 100 patients after a myomectomy, 100 patients which carried subtotal hysterectomy entered in the II group (group of comparison). In the group of prospective supervision selected two sub-groups: IA a sub-group was made 50 patients which carried a myomectomy and IIA sub-group – 50 women after hysterectomy. In the group of retrospective supervision a to 1 sub-group entered 50 patients after a myomectomy and in a II B sub-group – 50 patients after hysterectomy.

In the group of prospective supervision conducted research to the operation, in an early postoperative period and through 3, 6 and 12 months after an operation. In the group of retrospective supervision researches were conducted in 2–10 years after operative treatment. The estimation of quality of life was conducted with the use of questionnaire Nottingham Health Profile (NHP), modified for gynaecological patients.

Results. In all terms of retrospective supervision, quality of life due to emotional reactions was reliable below for women which carried hysterectomy, as compared to patients after a myomectomy. At a retrospective supervision, through 2–4 and 5 and more than years after an operation for patients which carried a myomectomy observed stably high quality of life after a scale a social isolation, that was confirmed by the reliable decline of the collected points as compared to a preoperative level. At the same time, after hysterectomy there was the reliable deterioration of quality of life after a scale a social isolation in 2–4 years after an operation and through 5 and more than years. In remote terms after an operation, quality of life after a scale a social isolation was reliable below for women after hysterectomy, what in those which carried a organ-preserving operation.

At the study of quality of life after a scale physical activity was found out a reliable improvement, beginning from 6 month after a myomectomy and from 3 months after hysterectomy. A sum of points on this scale was stably low along the whole length of prospective and retrospective supervision after both types of operative treatment and did not have reliable intergroup differences

Conclusions. The results of the conducted researches testify that the indexes of quality of life have a substantial value at the estimation of psychological status of women to surgical treatment, and also in the different terms of postoperative period. The got results must be taken into account at development of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures.

Keywords: hysterectomy, functional state of ovaries, diagnostics, quality of life.

Відомості про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0000-0002-9205-510X; e-mail: vdovichenki@gmail.com

Забудський Олександр Васильович – КНП «Пологовий будинок № 2», м. Київ

ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

Information about the authors

Vdovychenko Serhij Yu. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0000-0002-9205-510X; e-mail: vdovichenki@gmail.com

Zabudskiy Oleksandr V. – Communal noncommercial enterprise maternity hospital № 2,

Kyiv

ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. de Luca A. et al. Breast cancer and multiple primary malignant tumors: case report and review of the literature // in vivo. International Institute of Anticancer Research, 2019. Vol. 33. № 4. P. 1313–24.
2. Koh S.C.L. et al. Combined panel of serum human tissue kallikreins and CA-125 for the detection of epithelial ovarian cancer // Journal of Gynecologic Oncology. Korean Society of Gynecologic Oncology and Colposcopy, 2012. Vol. 23. № 3. P. 175–81.
3. Vargas A.N. Natural history of ovarian cancer. // Ecancermedicalscience. 2014. Vol. 8. P. 465.
4. Runnebaum I.B., Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk // J Cancer Res Clin Oncol. Springer, 2001. Vol. 127. № 2. P. 73–9.
5. Permuth-Wey J., Sellers T.A. Epidemiology of ovarian cancer // Cancer Epidemiol. Springer, 2009. P. 413–37.

6. Hunn J., Rodriguez G.C. Ovarian cancer: etiology, risk factors, and epidemiology // Clin Obstet Gynecol. LWW, 2012. Vol. 55. № 1. P. 3–23.
7. Jordan S.J. et al. Has the association between hysterectomy and ovarian cancer changed over time? A systematic review and meta-analysis // Eur J Cancer. Elsevier, 2013. Vol. 49. № 17. P. 3638–47.
8. Rice M.S. et al. Tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer in the New England case–control study // Int J Cancer. Wiley Online Library, 2013. Vol. 133. № 10. P. 2415–21.
9. Wentzensen N. et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the ovarian cancer cohort consortium // Journal of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology, 2016. Vol. 34. № 24. P. 2888.
10. Dixon-Suen S.C. et al. The association between hysterectomy and ovarian cancer risk: a population-based record-linkage study // JNCI: Journal of the National Cancer Institute. Oxford Academic, 2019. Vol. 111. № 10. P. 1097–103.
11. Merrill R.M. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. // Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2008. Vol. 14. № 1. P. CR24-31.
12. Gentry-Maharaj A. et al. Changing trends in reproductive/lifestyle factors in UK women: descriptive study within the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS) // BMJ Open. British Medical Journal Publishing Group, 2017. Vol. 7. № 3. P. e011822.
13. Holman C.D.J. et al. A decade of data linkage in Western Australia: strategic design, applications and benefits of the WA data linkage system // Australian Health Review. CSIRO Publishing, 2008. Vol. 32. № 4. P. 766–77.